Health Forum
Juin 2012 · N° 10
Le magazine de l'Union Nationale des Mutualités Libres · trimestriel

Régionalisation, modèle de concertation, abus...

L'avenir des soins de santé en questions

Ed. resp. : Xavier Brenez - Union Nationale des Mutualités Libres - Rue Saint-Hubert 19 – 1150 Bruxelles - Health Forum, trimestriel (mars - avril - mai 2012) - Bureau de dépôt Bruxelles X - P911 186

Mutualités Libres

Les Mutualités Libres

Faites connaissance avec les Mutualités Libres !

Avec plus de 2.000.000 d'affiliés, les Mutualités Libres constituent le troisième organisme assureur du pays.

Les Mutualités Libres regroupent 7 mutualités :

OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be

Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be

Euromut Mutualité Libre

Boulevard Louis Mettewie 74-76
1080 Bruxelles
www.euromut.be

Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be

Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Avenue de Tervueren 43
1040 Bruxelles

Verenigde-Natieslaan 1
9000 Gent

www.securex-ziekenfonds.be

Partena Ziekenfonds

Coupure Links 103
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be

Partenamut

Boulevard Anspach 1
1000 Bruxelles
www.partenamut.be

OFFICIAL PARTNER BELGIAN OLYMPIC TEAM

10 clés pour l'avenir des soins de santé

Ce numéro de Health Forum est particulier puisqu'il est largement consacré à la **vision des Mutualités Libres sur notre système de soins de santé**. En tant qu'acteur indépendant et apolitique, nous avons délibérément choisi de publier ce document* en dehors de toute échéance politique, en espérant que le temps qui nous sépare des élections de 2014 pourra être mis à profit pour une réflexion de fond partagée par les différents acteurs de la santé.

Partant des défis auxquels notre système est confronté pour garantir sa durabilité et répondre aux besoins croissants en termes de soins de santé, notre secteur exige plus que de actions ponctuelles d'amélioration. Les qualités, certes largement reconnues, de notre système de santé ne doivent pas occulter certaines de ses faiblesses, et la nécessité de définir une vision globale assortie d'objectifs concrets et mesurables. La fragmentation croissante des compétences et des processus de décision renforce la nécessité de définir ce cadre global pour s'assurer que les moyens publics soient correctement utilisés et que les besoins de la population soient rencontrés.

> Il est nécessaire de définir un cadre global pour s'assurer une bonne utilisation des moyens publics et la satisfaction des besoins de la population

Ce document de vision est à considérer comme une première esquisse que nous espérons enrichir avec les idées et les expériences d'autres acteurs du secteur. C'est un appel à ceux qui, animés par l'intérêt général et sans parti pris, veulent inscrire notre système de santé dans une perspective d'avenir durable.

Bonne lecture !

Xavier Brenez
Directeur Général
de l'Union Nationale des Mutualités Libres

* "10 clés pour l'avenir des soins de santé"
Vision des Mutualités Libres sur l'évolution des soins de santé en Belgique, 2012

Rédactrice en chef
Karima Amrous · karima.amrous@mloz.be · T 02 778 94 33
Coordination
Stéphanie Brisson . stephanie.brisson@mloz.be . T 02 778 95 11
Comité de rédaction
Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Regina De Paepe · Luc Detavernier · Christian Horemans · Claire Huygebaert · Pascale Janssens · Chantal Neirynck · Evelyne Macken · Nathalie Renna · Piet Van Eenooghe · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Rudy Van Tielen · Ingrid Umbach · Valérie Vander Veken · Steven Vervaet · Anne Viroux
Lay-out
Leen Verstraete · layout@mloz.be
Photos
Reporters
Traduction
Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck
Editeur responsable
Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Vous êtes séduit par Health Forum?
Vous voulez recevoir le magazine régulièrement ?

Ecrivez-nous !
Union Nationale des Mutualités Libres
Health Forum
Rue Saint-Hubert 19
1150 Bruxelles
T 02 778 92 11 · F 02 778 94 02

Ou envoyez-nous un mail à
health-forum@mloz.be

Sommaire N°10 Juin 2012

3 **Edito**

5 **Le saviez-vous ?**

6 **Dossier**
Régionalisation, modèle de concertation, abus...
L'avenir des soins de santé en questions

13 **Espace prestataires**
Le débat

eHealth : ne pas se précipiter !

Bien vieillir : place à l'action !

Obésité et médicaments : la parole aux patients

Partenaires de soins - Avec les patients, c'est mieux !

La reconnaissance des maladies professionnelles : un système désuet ?

24 **Etude**
Accouchement par césarienne : toujours justifié au regard des coûts?

27 **L'Actu des Mutualités Libres**

28 **Partenaire**
Focus Jeux Olympiques - le médecin sportif, une boussole pour atteindre Londres !

30 **Kiosque**

www.mloz.be

Dossier

L'avenir des soins de santé en questions

Notre pays peut être fier de proposer des soins de santé de qualité. Mais le contexte budgétaire étriqué et les nombreux défis de société mettent le système belge sous pression. Economies et mesures structurelles sont indispensables, mais comment joindre le geste à la parole ? Le modèle belge de concertation en soins de santé est-il capable d'imposer de telles mesures ?

6

Europe

Bien vieillir : place à l'action !

La problématique du vieillissement de notre société n'est pas neuve. Les soins de santé vont devoir faire face à de nombreux défis exigeant des solutions concrètes. Désignée "Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations", 2012 constitue le moment idéal pour sensibiliser le grand public et encourager les Etats membres et les parties concernées, mutualités comprises, à agir !

16

Interview

Obésité et médicaments : la parole aux patients

On entend couramment parler d' "épidémie d'obésité". Le traitement de l'obésité passe par une approche multidisciplinaire dans laquelle le médicament peut parfois jouer un rôle. Mais pas à n'importe quel prix ni n'importe comment. Sans être des spécialistes de la question, les patients ont aussi leur opinion sur ce thème. Rencontre avec Jean-Paul Allonsius, président de l'Association belge des patients obèses, Bold.

18

Tabacstop : 66% d'appels téléphoniques en plus

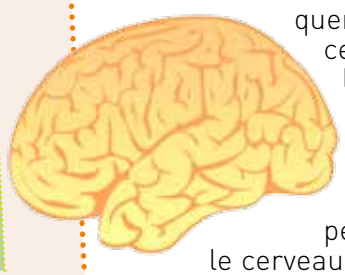
L'obligation légale de mentionner le numéro de Tabacstop **0800 111 00** sur les paquets de cigarettes fait son effet. Depuis l'introduction de cette mesure, la ligne téléphonique ne reçoit pas moins de 66 % d'appels téléphoniques en plus ! On notera que 30 % des appelants ont moins de 26 ans. Le nombre total de visiteurs du site internet augmente même de plus de 50 %. La mention du site internet www.tabacstop.be sur tous les paquets de cigarettes n'y est pas étrangère. Il ne reste plus qu'à faire de même sur les paquets de tabac à rouler : la majorité des Belges est d'ores et déjà en faveur de cette mesure !

www.tabacstop.be

58.188

cartes de stationnement pour personnes handicapées ont été délivrées en 2011

Le diabète de type 1 influence le cerveau

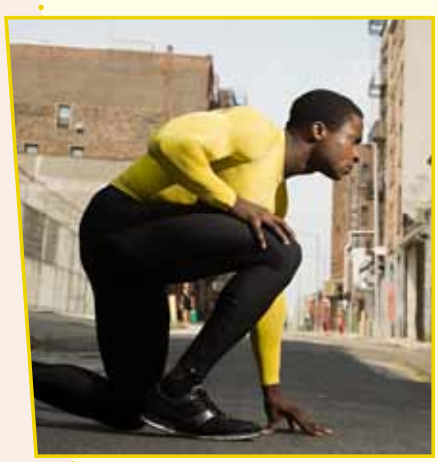


Le diabète de type 1 peut provoquer des changements dans le cerveau, selon une étude de l'Université d'Amsterdam. Les petits vaisseaux sanguins sont endommagés par les taux élevés de glycémie et ces dégâts peuvent se manifester dans le cerveau. Les patients ont souvent plus de difficultés à faire plusieurs choses en même temps et ont plus de mal à retenir des informations. Ce genre de recherches offre des perspectives de traitements possibles de la régression du cerveau en cas de diabète de type 1.

www.vumc.nl

5,5 %

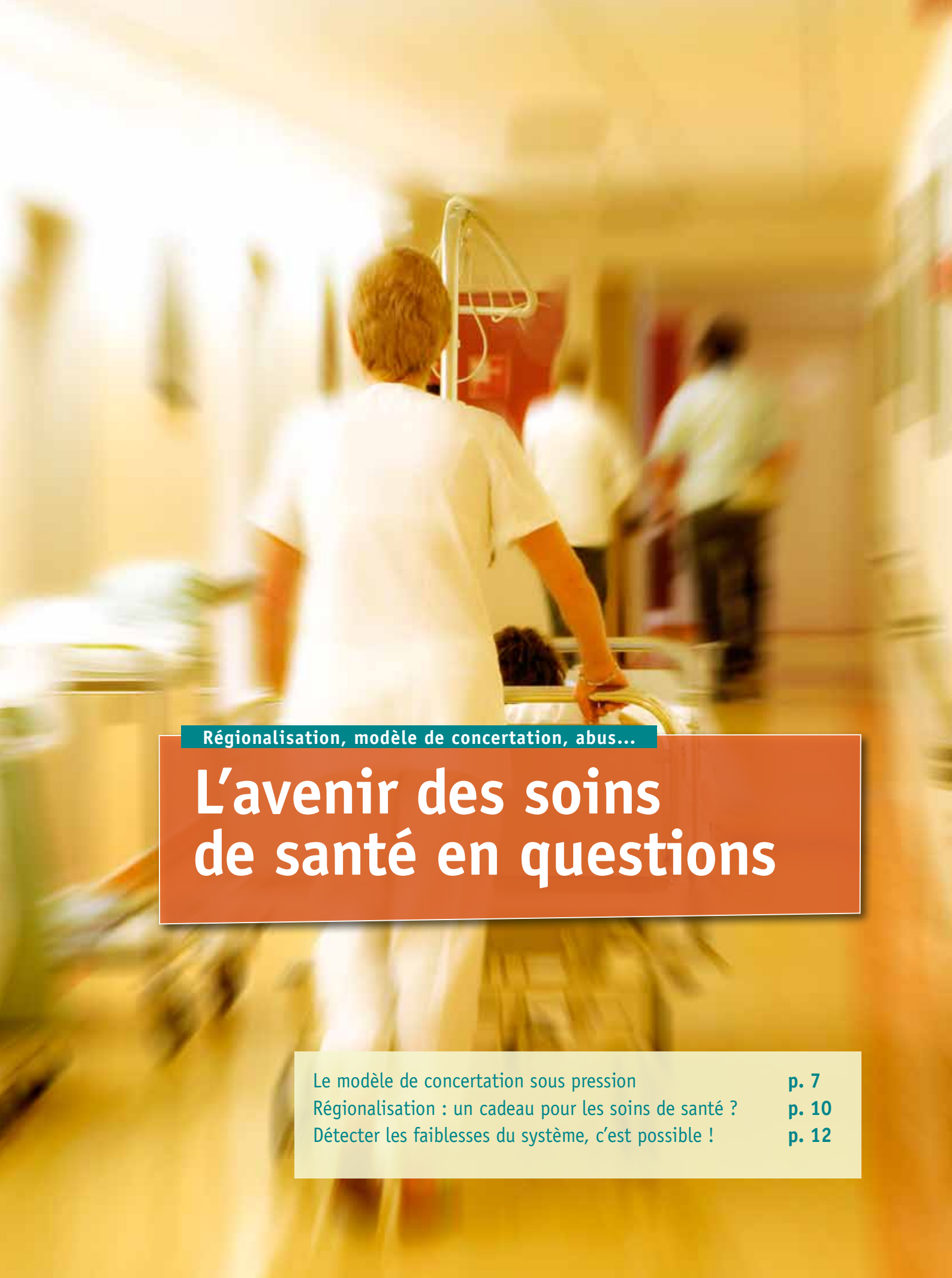
des enfants francophones de 3 ans sont obèses



Obésité : des appareils de musculation en accès libre et gratuit

65,4% des Sud-Africains sont en surpoids. En Afrique du Sud, l'épidémie d'obésité gagne du terrain. Pour permettre à ses habitants de s'exercer, la municipalité de Soweto a financé et installé une salle de musculation en plein air. Ce qui permet à ceux qui n'ont pas le moyens de se payer l'entrée d'une salle de sport de bouger, de se dépenser et de retrouver un poids de forme sur des équipements de plein air résistants aux intempéries.

Par **Stéphanie Brisson** et **Steven Vervaet**



Régionalisation, modèle de concertation, abus...

L'avenir des soins de santé en questions

Le modèle de concertation sous pression **p. 7**
Régionalisation : un cadeau pour les soins de santé ? **p. 10**
Détecter les faiblesses du système, c'est possible ! **p. 12**

Avenir des soins de santé

Le modèle de concertation sous pression

Notre pays peut être fier de proposer des soins de santé de qualité. Mais le contexte budgétaire étriqué et les nombreux défis de société mettent le système belge sous pression. Economies et mesures structurelles sont indispensables, mais comment joindre le geste à la parole ? Le modèle belge de concertation en soins de santé est-il capable d'imposer de telles mesures ? Un dossier pour faire le point.

Un accès équitable à des soins médicaux de haute qualité et des filets de sécurité sociaux comme le statut omnio et le maximum à facturer (MAF) témoignent de la qualité de notre système de soins de santé. Le contexte économique actuel et les défis de société comme le vieillissement de la population ou l'explosion des maladies chroniques, ne facilitent toutefois pas les choses, remettant en question la durabilité de notre système. Comment conserver les atouts de notre système de santé tout en relevant les défis de l'avenir? Il faudra oser faire des économies là où c'est nécessaire et proposer des mesures structurelles.

Un budget axé sur les économies

Le budget 2012 fixé par le gouvernement est marqué du sceau de la rigueur. Rien que pour le secteur des soins de santé, des économies pour un montant de 2,3 milliards d'euros sont prévues. Ces économies ont été planifiées comme suit :

- via des **techniques budgétaires** : objectif budgétaire moins élevé, résultant de la sous-utilisation des moyens et du gel des montants réservés.
- via des **économies structurelles** pour un montant total de 424,8 millions d'euros, à réaliser au sein de 6 secteurs de la santé : honoraires médicaux, implants, bandagistes/orthopédistes, spécialités pharmaceutiques, oxygénothérapie et hôpitaux.

> Le contexte économique actuel et les défis de société ne facilitent pas les choses, remettant en question la durabilité de notre système

Pas de vision à long terme

Pouvoir réaliser ces économies et mettre ces mesures structurelles en pratique ne sera pas simple, notamment parce que le système de "concertation à la belge" (lire encadré) est confronté à ses propres limites :

- L'organisation des soins en Belgique **n'est pas axée autour d'une vision globale de l'avenir des soins de santé** et un plan de soins de santé pluriannuel, avec des objectifs à court et moyen terme, fait cruellement défaut.
- En l'absence de ce cadre visuel global, les acteurs de la concertation (médecins, hôpitaux, pharmaciens, industrie pharma...) travaillent chacun pour leurs propres intérêts.
- La défense syndicale des intérêts se négociant par secteur ("en silos"), la conclusion d'accords tarifaires et la garantie des acquis sont prioritaires, plus encore en périodes de disette budgétaire. **Chaque secteur** pensant être le plus touché par la vague d'économies, il **fait en effet primer ses intérêts "propres" sur l'intérêt collectif.**

L'avis des Mutualités Libres
Des accords transversaux (impliquant tous les acteurs de la santé) et visant le long terme devraient primer sur cette "concertation centrée sur les revenus" et les "raisonnements budgétaires par secteur".

...

> Le modèle de concertation des soins de santé n'est pas suffisamment flexible et dynamique pour oser remettre en question l'organisation des soins dans sa globalité

Peu de flexibilité

La politisation du système de concertation joue également des tours au secteur des soins, entre autres en raison du financement des soins de santé tel qu'organisé en Belgique:

- **Conflit d'intérêt** : certains organismes assureurs (mutualités) sont à la fois assureurs de soins et prestataires de soins. Ils ne sont donc pas suffisamment en mesure de prendre des décisions "neutres".
- **Politisation** : le financement des soins de santé repose trop sur les revenus de la sécurité sociale (issus des cotisations sociales des travailleurs et employeurs). Les organisations de travailleurs (syndicats) et d'employeurs ont dès lors une très forte position dans les négociations budgétaires.

L'avis des Mutualités Libres

Le modèle de concertation en soins de santé n'est pas suffisamment flexible et dynamique pour oser remettre en question l'organisation des soins dans sa globalité et briser ainsi certaines valeurs consacrées (droits acquis des professions, honoraires...).

Conséquences concrètes

- Des mesures structurelles d'économie, **basées sur des standards reconnus** (Evidence Based Medicine) et sur l'efficience des soins, sont particulièrement difficiles à concrétiser au sein des organes de concertation actuels. Les nombreux lobbies influencent trop souvent le contenu de ces propositions, au nom d'intérêts syndicaux, financiers ou politiques.
- Des **modèles de soins innovants**, comme les soins transmuraux imposés, la télémédecine ou encore le télécoaching, **ont du mal à démarrer**. Au début, ils entraînent effectivement toujours une perte de revenus pour l'une des parties concernées. Par exemple : un système de télésuivi performant des malades chroniques pourrait raccourcir les admissions à l'hôpital et réduire les réadmissions, mais serait, dans la logique de remboursement actuelle, probablement financièrement désavantageux pour l'hôpital. Les organes de concertation défendront plus facilement les demandes de remboursement de prestations techniques (examens, etc) que le financement de prestations intellectuelles exigeant un travail plus intensif.
- **Les prestations**, les techniques ou certains remboursements **s'avérant superflus et obsolètes restent trop longtemps d'application**. Notre système de concertation est plus efficace pour ajouter des prestations que pour en supprimer.
- Limiter **le remboursement de certaines techniques** aux indications pour lesquelles une plus-value a été prouvée **est également difficile à instaurer** dans notre pays via le système de concertation.

Le contexte économique en bref

- **Les dépenses liées aux soins de santé augmentent plus vite que la croissance économique. En Belgique, elles représentent 11% de notre PNB et 15% de nos dépenses publiques. De plus, le patient paye lui-même environ 23,7% du coût total de ses soins.**
- **Les défis de société sont nombreux et l'impact financier est à l'avenant. Le coût de la prise en charge de la dépendance augmente et les affections chroniques explosent non seulement en raison du vieillissement de la population, mais également de nos habitudes de vie et alimentaires.**

Poursuivre des objectifs de soins de santé visant l'intérêt du patient

> Tous les acteurs de la santé doivent être responsabilisés et poursuivre des objectifs de soins de santé concrets dans l'intérêt du patient

- Des projets pilote sont sans cesse prolongés, même sans preuve de leur efficacité ou plus-value. **Les abus et la fraude ne sont en outre pas pris en main suffisamment tôt**. Les exemples sont légion : la problématique des "outliers" (forte surconsommation de prestations) chez certains dentistes et autres prestataires, le score surévalué de l'échelle de Katz par les infirmiers à domicile, etc.

Regina De Paepe
et **Chris Van Hul**
Experts aux Mutualités Libres

Concertation "à la belge", mode d'emploi

L'INAMI organise la concertation entre les différents acteurs de l'assurance soins de santé et indemnités : mutualités, représentants des professionnels de la santé (médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens,...), des institutions de soins (hôpitaux, maisons de repos,...) et des syndicats des travailleurs et employeurs.
Tous ensemble, ils négocient : la nomenclature, les tarifs, les accords et conventions... et font une proposition de budget de soins de santé à la ministre.

L'avis des Mutualités Libres

Plus de stratégie et de responsabilisation

Devons-nous conclure que notre modèle de concertation n'est pas en mesure de préparer l'avenir des soins de santé ? Qu'il n'arrive pas à implémenter des modèles de soins efficients et adaptés aux nouveaux besoins de la société ? Les Mutualités Libres distinguent deux importants défis :

- Notre modèle de concertation axé sur les "prestations de nomenclature et leur financement" doit faire de la place pour des soins intégrés qui permettent une concertation transversale entre prestataires de soins. Essentiellement parce que les maladies chroniques et la nécessité de soins qu'elles impliquent sont en croissance continue. Dans un tel contexte, des mesures structurelles peuvent être développées au sein d'un plan stratégique global.
- Tous les acteurs de la santé doivent être responsabilisés à poursuivre des objectifs de soins de santé concrets dans l'intérêt du patient. Par tous les acteurs, nous entendons également nos organes décisionnels finaux et même le (la) ministre à qui la décision finale revient dans certains dossiers. L'organisation d'un système de soins de santé basé sur une concertation paritaire ne peut être totalement efficiente que si des décisions nécessaires et justifiées ne sont pas annulées en cours de route par le (la) ministre compétent(e).

Régionalisation

Un cadeau pour les soins de santé ?

La sixième réforme de l'Etat prévoit le transfert aux Régions de compétences liées aux soins de santé. D'autres pays avant la Belgique ont régionalisé leurs soins de santé par souci d'efficacité, avec des résultats mitigés à la clé. Que pouvons-nous apprendre de l'étranger ? Et que faut-il attendre de la réforme belge ?

La régionalisation concerne le transfert d'un paquet de compétences homogènes en matière de soins de santé aux Régions pour un montant total de 4,2 milliards d'euros. L'objectif de ce transfert de compétences est d'améliorer l'efficacité de la politique de santé et l'aide aux personnes. Les entités fédérées seront en outre financièrement responsabilisées. Ce dossier représente dès lors une opportunité pour les mutualités.

Décentraliser… puis refédéraliser ?

Les expériences dans d'autres pays nous éclairent sur les risques que comporte la décentralisation des soins de santé. Elle peut en effet avoir des résultats différents selon la région. Ce qui pourrait, à terme, amener des arguments pour refédéraliser, surtout si les citoyens des différentes régions se rendent compte qu'ils ne bénéficient pas des mêmes soins de santé.

D'autre part, on ne peut pas être certain que la décentralisation permettra davantage d'efficacité. Dans plusieurs pays, elle a même entraîné une hausse des frais administratifs et davantage de bureaucratie. La Norvège et le Danemark, par exemple, qui avaient décentralisé leurs soins de santé par le passé ont finalement décidé de recentraliser les compétences et moyens ces dernières années.

Il faut dès lors se demander si la décentralisation a du sens. Les nouvelles technologies, la nécessité d'une administration plus efficace et la recherche de droits similaires dans les différentes régions marqueront-elles le retour d'un système de santé centralisé ?

Pas de solution miracle

Il ressort également d'une étude internationale que la décentralisation est souvent davantage une décision politique qu'une décision basée sur les preuves d'efficacité, à l'instar de l'"evidence-based" en médecine. En un mot, il ne s'agit pas d'une formule magique qui va tout à coup résoudre tous les problèmes politiques et structurels. Quelles leçons pouvons-nous tirer des expériences d'autres pays ?

- Il n'y a pas de concept ou modèle parfait, applicable à chaque pays.
- La **décentralisation demande du travail** : elle n'est pas une donnée statique, elle est difficile à exécuter et requiert une adaptation continue pour être durable.
- La légitimation des autorités régionales dépend, pour la population locale, de leur **capacité à proposer les services nécessaires**. Si les autorités locales ne peuvent pas réaliser les attentes après la décentralisation, leur légitimité est ébranlée.
- La décentralisation a **un impact sur l'égalité des droits de la population issue des régions** d'un pays.

Des plus et des moins

L'annonce de la création d'un institut fédéral pour garantir des réponses concertées aux grands défis en matière de soins de santé est un point positif de la réforme attendue en Belgique. La fragmentation actuelle des compétences entre l'Etat fédéral et les entités fédérées empêche la mise en place d'une politique de santé globale et cohérente. Le manque

de vision, d'objectifs et de priorités constitue en effet le plus grand reproche à faire à notre système. Un institut intergouvernemental et interinstitutionnel, au sein duquel tous les acteurs de la politique de santé peuvent être représentés, doit permettre la cohérence et l'efficacité des soins de santé. Cet institut pourra ainsi permettre de mettre en place un "plan politique de santé". Ce plan doit proposer des solutions structurelles pour les grands défis que sont le vieillissement ou l'explosion des affections chroniques... Les organismes assureurs devront se profiler comme des experts en matière de soins de santé et comme représentants des patients.

De manière générale, **l'implémentation de cette réforme de l'Etat constitue l'opportunité de moderniser le modèle de concertation fédéral**, pour échapper aux raisonnements budgétaires "en silos" et pour (encore) plus responsabiliser l'ensemble des acteurs. Avec l'objectif d'obtenir des soins de santé plus efficaces tout en respectant le maintien de la solidarité entre affiliés et entre les régions et autorités fédérales.

Fragmentation

Un aspect moins positif de la réforme belge est l'interprétation que le gouvernement fait de compétences "homogènes". La régionalisation de la politique des personnes âgées (à l'exception des soins infirmiers à domicile) est tout sauf une approche homogène. Il en va de même pour le transfert des institutions psychiatriques et des initiatives d'habitations protégées, comme section des soins de santé mentale, sans transférer les soins hospitaliers psychiatriques. La rééducation psychosociale devient donc régionale, tandis que le reste est maintenu au fédéral. La politique hospitalière reste donc fragmentée et la complexité administrative continue à triompher.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, cette répartition imprécise des domaines de compétences a toutefois de bons côtés. Les autorités devront en effet continuer à se concerter pour garantir la cohérence, ce qui mènera peut-être à un nouveau modèle de concertation. Il s'avérera encore plus nécessaire d'enregistrer et de suivre les soins, ce qui pourrait être un important atout pour améliorer l'enregistrement, l'exploitation et l'utilisation des données enregistrées. Les rôles des organismes assureurs et de l'Agence Intermutualiste (AIM) qu'ils ont créée peuvent ainsi être renforcés.

L'amélioration du principe de la qualité des soins par l'évaluation permanente des prestations, de l'accès aux soins de santé par la simplification du statut OMNIO et la reconnaissance d'un statut de malade chronique : tous ces éléments peuvent rendre le système efficace.

Regina De Paepe et
Christian Horemans
Experts aux Mutualités Libres

L'avis des Mutualités Libres

Des priorités et une approche rationnelle

Les Mutualités Libres dégagent les priorités suivantes pour l'exécution du transfert de compétences en matière de soins de santé :

- La régionalisation doit se faire selon une approche rationnelle. Le bien-être des citoyens et une bonne gestion des moyens disponibles et du système de santé doivent en être le moteur.
- Un Plan national détaillant des objectifs concrets est nécessaire afin de permettre d'éviter de trop grandes différences entre les régions.
- La clé de répartition des moyens financiers entre les régions doit être reprise dans une loi et basée sur des critères objectifs. Le système de la responsabilité financière (comme pour les mutualités) n'est en outre pas adapté pour réduire les dépenses.
- À leur niveau, les autorités régionales doivent disposer des connaissances et expertise nécessaires pour pouvoir réellement exercer ces nouvelles compétences.
- Des accords en matière de gestion des données et de reporting sont d'une importance capitale. La politique et la situation de santé des régions pourront ainsi être comparées.
- Des accords en matière de situations "transfrontalières linguistiques" entre les régions (à savoir, au niveau fédéral) sont indispensables. Quid des navetteurs qui habitent en Flandre et travaillent en Wallonie ? Dans ce cadre, nous devons tirer les leçons des problèmes que l'assurance dépendance a connus.
- Les niveaux fédéral et régional doivent conclure des accords quant à la représentation internationale et aux décisions. Si l'UE prend, par exemple, des décisions en matière de prévention, les autorités fédérales doivent exprimer la position des régions.

Détecter les faiblesses du système, c'est possible !

Avec sa gigantesque base de données, l'Agence Intermutualiste dispose d'un trésor encore largement sous-exploité. Pourtant, en analysant plus systématiquement cette masse d'informations, il est possible d'extraire des données permettant de détecter certaines faiblesses de notre système de soins de santé, voire même des abus. Précieux dans un contexte de rationalisation des coûts !

Créée par les sept organismes assureurs, l'Agence Intermutualiste (AIM-IMA) a pour mission d'analyser les données des mutualités et de fournir des informations sur la population et sur les dépenses en soins de santé.
L'AIM réalise des analyses thématiques, sur demande des organismes assureurs, de l'INAMI, du ministère de la santé ou du Centre d'expertise des soins de santé (KCE). L'AIM a, par exemple, publié des études sur les soins prénatals, le dépistage du cancer du sein et a réalisé toute une série d'analyses commandées par l'INAMI (feedback aux prestataires) sur la prescription des antibiotiques, les examens préopératoires, etc. Souvent ces études sont élaborées sur base de l'ensemble des données dont disposent les organismes assureurs, **ce qui représente 99% de la population**.
L'AIM-IMA gère aussi une base de données appelée l'Echantillon permanent. Il s'agit d'un **échantillon de 305.000 personnes**, représentatives de la population belge. L'intérêt de cette base de données est que les dépenses et consommations de soins de santé de ces personnes sont suivies depuis 2002. Toutes les informations disponibles au sein des mutualités tant au niveau des caractéristiques socio-économiques (BIM, OMNIO, chômage) que des données de consommation en soins de santé (prestations, médicaments, biologie médicale, hospitalisations, médicaments) sont disponibles pour cette cohorte anonymisée. Cet échantillon permanent est accessible pour diverses recherches.
Selon le sujet d'étude, on utilise soit les données exhaustives des organismes assureurs, soit l'échantillon permanent.
Cependant, les données disponibles sont encore largement sous-exploitées aujourd'hui, comme le souligne Ann Ceuppens, Médecin Expert à l'Union Nationale des Mutualités Libres (voir interview ci-dessous).

Stéphanie Brisson
Avec la collaboration de Chantal Houtman

2 questions au Dr Ann Ceuppens, Médecin Expert à l'Union Nationale des Mutualités Libres et médecin surveillant auprès de l'AIM

Ne pourrait-on pas encore mieux utiliser les données générées par l'AIM ?

L'AIM fournit beaucoup de données dans le cadre de diverses études. Mais il est vrai que l'on pourrait faire davantage d'analyses et d'études si tout le monde était d'accord de donner plus de moyens à cette instance. Pour chaque projet, il faut constituer une équipe de recherche en fonction des disponibilités des personnes au sein de chaque mutualité. Donc tout est possible à condition de donner plus de moyens à l'AIM en temps, en personnes et expertise interne.

Dr. Ann Ceuppens

L'AIM est-elle en mesure de détecter des abus du système de soins ?

Jusqu'à présent, l'AIM n'a jamais joué le rôle du gendarme. Même si nous sommes capables d'identifier les "outliers", à savoir, les prestataires qui consomment trop. Dans le cadre du contexte d'économies, deux demandes concrètes d'analyses font partie du programme de l'AIM. Ces demandes proviennent des prestataires eux-mêmes, les dentistes et les kinés. Les commissions de conventions de ces prestataires souhaitent détecter les abus dans leur profession afin de rechercher les économies chez ces personnes sans pénaliser tout le monde. L'AIM travaille donc en étroit partenariat avec l'INAMI. Pour 2012,l'AIM est en mesure de mener des études pour évaluer les politiques mises en place. Elle peut aussi faire des recommandations dans le cadre d'une politique de maîtrise des coûts et simuler les impacts afin de veiller à ce que ces économies n'aient pas d'effet délétère sur le patient.

Le Débat

Depuis cette année, les prestataires de soins qui acceptent l'accord médico-mutualiste reçoivent un forfait plus élevé pour leur accréditation. Ce couplage de l'accréditation au statut conventionné est-il une bonne chose ? Regina De Paepe et Marc Moens tentent de tirer cette mesure controversée au clair !

Marc Moens,
Président ABSYM

Regina De Paepe,
Expert aux Mutualités Libres

"Le couplage à la convention dévalue l'accréditation"

"Un médecin qui a adhéré à l'accord médico-mut reçoit 434,20 euros de plus qu'un médecin non-conventionné pour la même accréditation. **Pratiquement tous les médecins estiment toutefois que cette mesure constitue une dévaluation du "label de qualité accréditation"**. En tant que Président du groupe de pilotage d'accréditation, j'ai reçu des lettres d'indignation, principalement de médecins généralistes qui se démènent corps et âme pour organiser une formation médicale continue de haute qualité pour leurs collègues, mais qui sont moins rémunérés parce qu'ils refusent d'adhérer à l'accord médico-mutualiste.

L'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSYM) représente la majorité absolue sur le banc médical au sein de la commission nationale médico-mutualiste. Sans notre accord, aucune convention médico-mutualiste ne peut être conclue. L'ABSYM a dès lors eu beaucoup de mal à accepter l'exigence mutualiste relative à une indemnité d'accréditation forfaitaire discriminatoire.

C'était toutefois quitte ou double : soit un extra d'accréditation pour les "courageux" médecins (conventionnés), soit pas d'accord du tout. En d'autres mots, personne n'aurait de statut social (avantages sociaux), personne n'aurait perçu ne fut-ce qu'une fraction des 217,4 millions d'euros de la masse d'index, mais les 130 millions d'euros d'économies que le gouvernement avait décidé de faire en 2012 serait réalisées. La proposition n'enlevait rien à personne et, grâce à un accord, l'impact budgétaire sélectif pouvait être évité sur 5 disciplines. Après d'interminables concertations internes, l'ABSYM a donc approuvé la proposition.

Les mutualités pensaient que cette indemnité supplémentaire encouragerait le conventionnement. Le résultat est toutefois insignifiant : par rapport à l'accord précédent (83,13 %), seul 0,1 % de médecins supplémentaires ont adhéré (83,23 %). Si nous comparons avec la moyenne (83,39 %) des 12 conventions depuis que l'accréditation existe (fin 1993), 0,16 % de médecins en moins ont marqué leur accord avec la convention. L'idée des mutualités est donc une mesure inutile et discriminatoire, qui confond en outre quantité et qualité. À la première occasion, nous essayerons donc de l'annuler."

"Il faut stimuler le conventionnement"

"Les médecins et organismes assureurs avaient déjà exprimé dans l'accord national 2011 leur préoccupation quant au faible taux de conventionnement de certaines spécialités et dans certains arrondissements. Nous souhaitions dès lors rendre le conventionnement plus attractif pour les médecins. Le moyen traditionnel, et prévu à cet effet dans notre réglementation, est le "statut social". Pour rendre le conventionnement financièrement plus attractif que les suppléments demandés aux patients, nous pourrions donc considérablement augmenter le statut social. Ce n'est toutefois pas faisable du point de vue budgétaire et cela créerait en outre un ennuyeux précédent. D'autres prestataires ne souhaiteraient en effet pas être discriminés.

Les organismes assureurs souhaitent également promouvoir la qualité des soins. L'accréditation est un moyen de le faire. Il nous semblait dès lors intéressant de faire d'une pierre deux coups et d'encourager aussi bien le conventionnement que l'accréditation. L'accord médico-mut le reprend également. Le terrain d'action était en outre restreint. Le stimulant devait être recherché au sein de la rangée de compétences de la médico-mut et le choix de mesures n'était donc pas très large.

Les organismes assureurs ont ainsi également permis que le surplus d'économies soit redirigé vers les médecins qui s'étaient bien évidemment accrédités et qui se montraient disposés à se conventionner complètement. Était-ce juste ? Car on n'a rien sans rien ! **Il n'y avait en outre aucune autre proposition alternative du banc médical reprenant de meilleurs incitants, en vue de favoriser davantage le conventionnement.**

La mesure actuelle n'a qu'une durée restreinte. Elle est en effet financée par des économies. Des mesures doivent de toute façon être prises en vue d'encourager le conventionnement. Ou est-il temps de considérer que la date de péremption du système est dépassée ?"

Avertissement : les opinions exprimées dans cette rubrique n'engagent que leur signataire.

Réaction

eHealth : ne pas se précipiter !

Dans le Health Forum de mars 2012, nous avions interrogé Frank Robben, administrateur-délégué de la plateforme eHealth. Selon lui, il est temps que les autorités incitent les prestataires de soins à utiliser les outils eHealth. Mais pour le Dr André Vandenberghe, directeur du Réseau Santé Wallon, le système n'est pas prêt à être utilisé et nombre d'étapes restent à franchir avant même de mobiliser le monde médical.

Selon vous, est-on prêt à démarrer avec les outils eHealth ?

Dr André Vandenberghe - En ce qui concerne le projet hubs et méta-hubs, il reste encore des étapes à clôturer. Actuellement, le serveur central méta-hub n'est pas encore accessible aux hubs, comme celui du Réseau Santé Wallon. Sans compter le problème de connexion des logiciels médicaux. Il reste en outre des démarches administratives à finaliser comme la définition de la portée du consentement du patient et la procédure d'inscription au méta-hub. Enfin, il faut aussi faire la promotion d'eHealth auprès de la population, notamment en matière de consentement. A ce niveau-là, rien n'a encore été entamé. Sans consentement, pas d'échange possible. C'est seulement lorsque toutes ces étapes seront réglées que l'on pourra sensibiliser, former et mobiliser les prestataires.

Le Réseau Santé Wallon : eHealth à l'échelle d'une région

L'idée du Réseau Santé wallon (RSW) est née fin 2005. Suite à l'annulation du projet fédéral de dossier de santé partagé, le ministère de la Santé décide de subsidier les entités régionales pour le développement de réseaux. En Région wallonne, tous les acteurs - hôpitaux, associations de médecine générale – ont décidé de rassembler les subsides éparpillés sur tout le territoire wallon. Grâce à cela, ils ont pu se fédérer pour mettre en place le Réseau Santé Wallon, mis en production fin 2010.

La Région de Bruxelles-Capitale a créé le projet Abrumet, qui fonctionne sur le même modèle que le RSW. Actuellement 19 hôpitaux wallons – la moitié d'entre eux – sont en production pour s'intégrer au RSW.

L'amélioration des logiciels médicaux n'est–elle pas primordiale pour permettre aux médecins d'utiliser les outils eHealth?

A. V. - Effectivement. Aujourd'hui il n'y a pas de plan national pour intégrer les logiciels de médecine générale au système hubs/méta-hubs. Ce grand projet auquel les hôpitaux adhèrent progressivement est amputé de sa partie essentielle. Il faut qu'il y ait une communication dans les deux sens entre la première et la deuxième ligne. Pour le moment, aucun logiciel ne peut se connecter au système hub/méta-hub. Le connecteur connaît des problèmes techniques. D'autre part, la gestion du processus n'est pas au point : il n'a pas encore été décidé que la connexion avec les hubs/métahubs devienne un critère obligatoire pour la labellisation des logiciels. Donc non seulement il n'est pas possible pour les généralistes de participer mais en plus, la date à laquelle ce le sera, n'est pas encore définie…

La confidentialité et la sécurité des données restent-elles au cœur des préoccupations des prestataires ?

A. V. - Cela reste une préoccupation majeure ! Nous ne sommes jamais à l'abri d'un problème de sécurité des données. Nous devons rester très vigilants. L'usage qui sera fait de ces données, liées au numéro de registre national, inquiète également les prestataires de soins. Ce manque de confiance est un frein énorme au déploiement des projets eHealth. Ce qui ralentit aussi le projet eHealth aujourd'hui est la portée du consentement éclairé du patient, qui n'est pas encore clairement définie entre les différents acteurs eHealth. En tant que prestataires, nous ne voulons pas que le consentement permette d'ouvrir la porte à d'autres applications que celle de la continuité des soins.

Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Percée dans le traitement de la fertilité ?

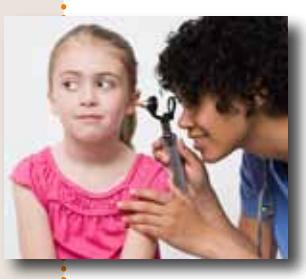
"Les ovaires contiennent des cellules souches qui peuvent permettre aux femmes de continuer à produire des ovules tout au long de leur vie", affirme le chercheur américain Jonathan Tilly. Jusqu'à présent, il était scientifiquement admis que les femmes recevaient un nombre fixe d'ovules à la naissance, qui était épuisé aux alentours de 50 ans. Le scientifique est parvenu à implanter des cellules souches humaines d'ovaires chez des souris adultes stériles. Après quelques semaines, les cellules souches se sont transformées en ovules. Les souris ont pu ainsi donner naissance à des jeunes en pleine forme. Selon certains chercheurs, il est encore trop tôt pour crier victoire et il n'est pas dit que le nouvel ovule pourra atteindre le stade d'embryon.

www.maguza.be

6h30

C'est le temps moyen qu'une femme met pour accoucher. Soit 2h de plus qu'il y a 50 ans. Selon une étude de l'Institut national de santé américain (National Institute of Health) www.nichd.nih.gov

Reconnaissance de la spécialisation infirmière en pédiatrie et néonatologie



Les critères d'agrément pour le titre d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatologie permettent dorénavant à ces infirmiers de faire reconnaître leurs compétences particulières. Cette mesure fait partie du plan d'attractivité des métiers infirmiers élaboré par la Ministre Onkelinx en 2008. L'agrément est accessible aux personnes titulaires d'un diplôme d'infirmier gradué de pédiatrie ou aux infirmiers gradués ou bacheliers ayant suivi une spécialisation en pédiatrie et néonatologie de minimum 900h après le diplôme de base. Un certain nombre d'heures de formation permanente et de pratique professionnelle dans un secteur orienté enfants sont prévues pour conserver son agrément. Cette mesure entre en vigueur le 1er août 2012.

www.infirmieres.be

Le prix de la survie des systèmes de santé européens

Réduire les (ré)hospitalisations, assurer l'accès immédiat à des dossiers médicaux électroniques, fonder la rémunération des prestataires sur les résultats et la satisfaction des patients et responsabiliser les professionnels en matière de consommation des ressources. Ce sont quelques-unes des recommandations des participants à la conférence **"Healthcare in Europe 2012"** pour pérenniser les systèmes de santé européens. Issus des milieux politiques, académiques, institutionnels ou des entreprises, les participants ont aussi déclaré qu'il y avait peu de chances de voir un jour un système de santé unique en Europe. Autres thèmes mis en avant lors de cette conférence : les nouvelles technologies, la médecine personnalisée et prédictive et le coût de l'obésité, identifié comme un problème peu pris en charge par les gouvernements.

http://cemea.economistconferences.com

2.112

Fausses prescriptions médicales ont été constatées en 2011 par l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, principalement pour des benzodiazépines et apparentés, des analgésiques morphiniques et des associations paracétamol/codéine.

Par **Stéphanie Brisson**

Bien vieillir : place à l'action !

La problématique du vieillissement de notre société n'est pas neuve. Les soins de santé vont devoir faire face à de nombreux défis exigeant des solutions concrètes. Désignée "Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations", 2012 constitue le moment idéal pour sensibiliser le grand public et encourager les Etats membres et les parties concernées, mutualités comprises, à agir !

Le nombre de citoyens européens de plus de 65 ans va doubler lors des cinquante prochaines années, passant de 87 millions en 2010 à 148 millions en 2060. Pour chaque personne de 65 ans ou plus, on compte actuellement 4 personnes actives. D'ici 2060, ce rapport va passer à 1 pour 2. L'impact du vieillissement se fera d'autant plus sentir au cours de la période 2015-2035, moment où les baby boomers prendront massivement leur pension.
Considérant que cette évolution aura d'importantes conséquences sur notre système de santé et sur les finances publiques, des mesures sont indispensables. En Belgique, par exemple, une augmentation de 5% du PNB des dépenses liées à l'âge (pensions, soins de santé, soins à long terme) est attendue d'ici 2060.

Priorités

Cette année européenne poursuit 3 grands objectifs :

- **Le vieillissement actif sur le lieu de travail**. Riches de leur expérience, les travailleurs plus âgés ont beaucoup de valeur au sein d'une entreprise. Cela suppose un environnement de travail adapté et un arrêt progressif de leur carrière. Il est en outre essentiel de préparer les systèmes de pension de manière optimale à la vague de pensions à venir.
- **Le vieillissement actif au sein de la société**. L'isolement et l'exclusion sociale sont un risque réel pour les personnes âgées. Il faut dès lors accorder davantage d'attention au tissu social de notre société. Travail bénévole, accessibilité des services et environnement y jouent un rôle important.
- **Le vieillissement actif : vieillir en bonne santé et de manière autonome.** Nous vivons plus longtemps, il est dès lors essentiel d'observer un mode de vie sain. La promotion de la santé relative à des thèmes comme le bien-être mental et les affections chroniques constituent la clé du succès. Il est également important de revoir le logement et le modèle de soins. Les personnes âgées peuvent ainsi vivre et habiter plus longtemps de manière autonome.

European Innovation Partnership

La Commission européenne a entre-temps lancé un projet particulier, qui entre dans le cadre de la stratégie "Europe 2020" : le "European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing". L'objectif de ce projet est double : stimuler la compétitivité et relever les défis sociologiques grâce à la recherche et à l'innovation. Comment les personnes âgées peuvent-elles vivre plus longtemps en bonne santé et de manière autonome ? Comment pouvons-nous améliorer la durabilité et l'efficience des soins de santé ? Ces initiatives doivent permettre d'augmenter de 2 ans le nombre moyen d'années de vie en bonne santé d'ici 2020.
Quelles actions concrètes vont permettre de réaliser cet objectif ? Trouver des solutions innovantes pour une meilleure gestion de sa propre santé et prévenir les chutes des personnes âgées font entre autres partie des projets. D'autres pistes concernent le développement rapide de normes pour l'interopérabilité en matière de technologies de l'information et pour l'accessibilité de l'environnement bâti.

• • •

Travail d'équipe !

Plus de 50 organisations européennes ont uni leurs forces pour cette année européenne. L'Association Internationale de la Mutualité (AIM), dont les Mutualités Libres sont membres, apporte également sa contribution !

Quid de la Belgique ?

En Belgique, cette année européenne, dont le coup d'envoi officiel a été donné en mars 2012, ne passera certainement pas inaperçue. Les partenaires sociaux ont été étroitement impliqués dans l'identification des priorités et l'établissement du programme. L'investissement en matière de santé et de bien-être y est décrit comme suit : "Il s'agit de permettre aux personnes âgées de bénéficier d'une bonne qualité de vie, dans leur environnement familier, le plus longtemps possible. Cela concerne le maintien de l'autonomie par une politique préventive (alimentation, exercices physiques,...), mais aussi une offre de soins et de services répondant aux besoins physiques, psychiques et sociaux des seniors".

- **La Belgique a identifié 5 thèmes pour cette année européenne** : travail, participation des personnes âgées à la société, santé, autonomie et solidarité entre les générations.
- En matière de santé, **l'accent sera mis sur l'organisation du système de santé et la prévention** pour éviter le recours à certains soins. Les personnes âgées ne sont souvent considérées que comme une source de dépenses, alors qu'elles peuvent apporter une contribution précieuse à notre société. Via le travail bénévole ou l'activité d'aidant proche, elles peuvent jouer un rôle essentiel dans notre système de santé.
- **Rompre l'isolement** de nombreuses personnes âgées est également un défi important. Selon une étude récente de la Fondation Roi Baudouin, 10 % des 65 ans et plus se sentent souvent seuls. 8 % n'ont en outre parfois pas de contact social durant une semaine complète. Le suicide chez les personnes âgées est également un problème sous-estimé.

Christian Horemans et **Luc Detavernier**
Experts aux Mutualités Libres

Plus de prévention !

L'avis des Mutualités Libres

Les Mutualités Libres sont l'unique groupe mutualiste à avoir participé à la rédaction du programme belge. Elles distinguent 4 priorités pour l'année européenne 2012 :

1. **Campagnes de sensibilisation** auprès du grand public par rapport à la problématique du vieillissement et les défis qu'il entraîne. L'objectif : davantage de prise de conscience de la nécessité de solidarité entre les générations, qui est insuffisante à l'heure actuelle. Les Mutualités Libres encadreront des campagnes de promotion de la santé et de prévention par rapport à cette matière.
2. **Une révision du modèle de soins**, comprenant la nécessité de faire davantage d'efforts en matière de prévention en raison du vieillissement et de l'augmentation des affections chroniques (certainement chez les jeunes pensionnés) et l'encadrement des affiliés par des programmes de coaching et des trajets de soins.
3. **Une attention particulière pour la santé mentale des personnes âgées**, en mettant l'accent sur la poursuite du plan démence ainsi que sur la prévention et la prise en charge de la dépression chez la personne âgée.
4. La création d'un **cadre juridique intéressant pour les aidants proches**, avec une amélioration de leur statut juridique (maintien de droits au sein de la sécurité sociale et bonne assurance des activités de l'aidant proche), ainsi que la planification de moments de répit.

Vous pouvez consulter le programme belge complet via www.beactive2012.be

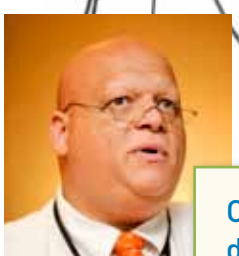
Une aide pour aménager son logement

Le lancement d'un point de contact web pour soutenir l'aménagement du logement des seniors ("Steunpunt Woningaanpassing Brussel") est un bel exemple d'initiatives concrètes dans le cadre de cette année européenne. Les Mutualités Libres Euromut et Partena Ziekenfonds ont développé ce projet, en collaboration avec d'autres mutualités et organisations. Le point de contact propose un encadrement à toute personne qui souhaite rendre son habitation sûre, confortable et accessible.

Depuis le 1er mars 2012, les personnes âgées peuvent appeler le point de contact pour toutes leurs questions en matière d'adaptation des logements à Bruxelles. Si souhaité, un ergothérapeute se rend au domicile pour des conseils personnalisés gratuits. Un service de petit entretien du logement peut ensuite mettre les conseils de l'ergothérapeute à exécution.

www.woningaanpassing.be (disponible en français) ou au 02 240 80 81

Obésité et médicaments : la parole aux patients !



Jean-Paul Allonsius

On entend couramment parler d' "épidémie d'obésité". Le traitement de l'obésité passe par une approche multidisciplinaire dans laquelle le médicament peut parfois jouer un rôle. Mais pas à n'importe quel prix ni n'importe comment. Sans être des spécialistes de la question, les patients ont aussi leur opinion sur ce thème. Rencontre avec Jean-Paul Allonsius, président de l'Association belge des patients obèses, Bold.

Où en est-on en termes de traitement médicamenteux de l'obésité ?

Jean-Paul Allonsius - Après le retrait du marché de deux médicaments, seul l'orlistat, disponible tant en vente libre (ndlr: sous le nom d'Alli ®) que sous prescription (ndlr: sous le nom de Xenical ® ou d'Orlistat Sandoz ®), est actuellement autorisé par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) pour combattre l'obésité. On connaît les avantages et inconvénients de ce produit qui n'est pas neuf. Mais je considère personnellement qu'il faut être aidé et suivi par un médecin avant de prendre de l'orlistat. Ce médicament est recommandé à partir d'un IMC de 28. Ce qui représente 18 % de la population belge, pratiquement 2 millions de personnes ! Mais on s'est quand même rendu compte que les gens se tournaient vers l'orlistat en vente libre (Alli) parce qu'ils attendent une solution miracle. Cela pose la question de l'information du consommateur.

Le suivi médical est donc la pierre angulaire du traitement de l'obésité...

J.-P. A. - Effectivement, le seul moyen de traiter l'obésité est d'avoir un médecin ou un spécialiste de santé aux commandes. Quand un médicament est autorisé par l'AFMPS, il a subi toutes les analyses nécessaires. Le médecin prescripteur, de son côté, peut vérifier si vous avez ou non des problèmes cardiaques préexistants et s'il faut faire attention à d'autres facteurs comme les interactions médicamenteuses. Sans l'aspect médical, on va droit dans le mur. Il faut aussi se faire suivre par un diététicien car il est impératif de respecter un régime hypo-calorique en cas de prise d'orlistat.

Qu'en est-il des autres "traitements" que l'on peut trouver chez le pharmacien ?

J.-P. A. - En dehors de l'orlistat, tout ce que l'on peut trouver en pharmacie ne constitue rien d'autre que des compléments nutritionnels qui n'ont absolument pas leur place dans le suivi de l'obésité. Au contraire, ce sont des produits obésogènes : ils créent de l'obésité plutôt que de la faire diminuer. En prenant ce genre de produit, on se lance dans des régimes à répétition qui entraînent un effet yoyo. Ce qui, à un moment donné, n'autorise plus le corps à perdre du poids. Et donc on renforce le problème de l'obésité avec ces fausses solutions, qui ne font pas perdre de la graisse mais de l'eau. Il est totalement irresponsable aujourd'hui de continuer à mettre sur le marché des produits qui renforcent l'obésité alors que chaque année, les chiffres s'aggravent.

Que reprochez-vous à ces produits ?

J.-P. A. - Les sachets de poudres, les brûleurs de graisse ne sont que des suppléments nutritionnels qui échappent à toute étude sérieuse. Les firmes qui commercialisent ces produits se cachent bien derrière des études qui ne

sont pas réalisées en double aveugle et ne se basent pas sur un échantillon assez large. Nous aimerions défendre l'idée qu'à partir du moment où une firme propose un produit lié à l'obésité et promet des pertes de poids supérieures de 5 à 10 % du poids initial, que ce produit soit automatiquement soumis à l'AFMPS et fasse l'objet d'études poussées, en double aveugle, de préférence aux niveaux européen ou mondial.

Le pharmacien a-t-il un rôle à jouer dans ce domaine ?

J.-P. A. - Je voudrais que le pharmacien redevienne un vrai pharmacien. Que son métier aille au-delà de la vente de pilules. Un conseil venant du pharmacien est toujours apprécié et cela fait d'ailleurs partie de sa mission : renseigner et ne pas nuire. Or ici, dans le cadre de l'obésité, le fait de vendre des solutions qui n'en sont pas nuit gravement à la santé durable des patients ! Le pharmacien devrait aussi avoir pour rôle de conseiller une visite chez le médecin aux personnes en obésité morbide ou en surpoids afin de leur permettre d'accéder à des solutions "validées". Mais ce n'est pas le cas et il faudrait que cela change !

Quelle est finalement la meilleure approche pour traiter l'obésité ?

J.-P. A. - Une approche multidisciplinaire ! Changer son style de vie semble facile dans les mots mais ce n'est pas évident de passer au concret. La base du traitement de l'obésité est fondée sur l'"axe psychologie", visant à aider le patient à comprendre comment et pourquoi il a pris du poids et à adopter de meilleurs comportements. Il est également nécessaire de redécouvrir une certaine mesure quant aux aliments que l'on mange tant au niveau des fréquences de prises alimentaires que des portions, c'est l'axe "diététique". Et de progressivement réapprendre à bouger, c'est l'axe "mouvement". Voilà le véritable traitement de l'obésité, y compris quand on bénéficie d'une aide médicamenteuse ou chirurgicale, qui doivent rester des compléments.

Interview par **Stéphanie Brisson**
stephanie.brisson@mloz.be

La chirurgie de l'obésité n'est pas la solution miracle

L'avis des Mutualités Libres

Dans le cadre d'une étude sur le coût de la chirurgie bariatrique (lire p. 27), les Mutualités Libres exposent leurs recommandations sur la prise en charge de l'obésité. Insistant sur la multidisciplinarité, elles soulignent le fait que la chirurgie ne peut pas constituer une solution de facilité.

- Seule une approche intégrée et multidisciplinaire du surpoids et de l'obésité offre des chances de succès : activité physique complète, alimentation équilibrée, collaboration entre médecins, diététicien, psychologue et le patient lui-même. Dans certains cas (après évaluation médicale), on peut l'associer à un traitement médicamenteux. Ces pratiques doivent toujours être préférées aux méthodes invasives de traitement de l'obésité (chirurgie), trop souvent utilisées comme solution de facilité. En cas d'obésité morbide, la chirurgie bariatrique doit rester l'étape ultime à envisager lorsque les prises en charge non invasives n'ont pas fonctionné.
- L'efficacité de la chirurgie bariatrique pour des patients bien ciblés n'est aujourd'hui plus contestée. Les effets sur la perte de poids et l'atténuation des co-morbidités à long terme (10 ans) du patient ont été mis en évidence dans une étude suédoise mais également dans une étude précédente des Mutualités Libres*. Néanmoins, des efforts importants restent nécessaires pour relever l'incroyable défi que représente le suivi du patient à long terme, en collaboration avec toutes les entités médicales impliquées. La chirurgie de l'obésité ne peut pas être une solution miracle autorisant les patients à se libérer de toute contrainte comportementale, notamment en matière d'habitudes alimentaires. Pour obtenir des résultats durables, l'intervention chirurgicale doit être suivie d' une modification du mode de vie, tant en termes d'alimentation que d'activité physique. Le patient doit accepter de se soumettre à un suivi chirurgical mais également diététique et métabolique à vie pour obtenir un résultat satisfaisant et dépister précocement toute complication potentielle.
- Les Mutualités Libres soutiennent l'idée de pouvoir matérialiser ces "trajectoires" de prise en charge du surpoids et/ou de l'obésité en les décrivant sur base de recommandations en la matière. Ces trajets devraient rendre possible la prestation de soins à un niveau raisonnable et le moins invasif possible (stepped care). Mais aussi permettre d'accompagner et d'éduquer le patient (coaching) afin qu'il prenne une part active dans le suivi de son traitement (empowerment).

* "La chirurgie Bariatrique diminue les comorbidités", Health Forum, septembre 2011

Partenaires de soins

Avec les patients, c'est mieux !

De nos jours, le patient ne veut plus être réduit à un malade qui subit un traitement. Il souhaite avoir son mot à dire sur ce qui le concerne. Et lorsque le patient est impliqué dans son traitement, il a tendance à le suivre de manière plus rigoureuse, avec à la clé une plus grande efficacité thérapeutique.

Les soins de santé sont meilleurs lorsque les patients sont impliqués dans les décisions qui les concernent. Tous les acteurs représentant les patients et défendant leurs droits (associations de patients, organisations de consommateurs, mutualités) en sont conscients. Les professionnels de la santé et les décideurs politiques prennent également de plus en plus conscience que la qualité des soins peut être améliorée en faisant du patient une partie prenante dans le processus de décision.
De plus, depuis quelques années, des instances internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Union européenne, soulignent l'importance de cette participation et plaident pour que les soins de santé soient organisés non seulement pour le patient, mais aussi par le patient.

Des interlocuteurs incontournables

Il existe en Belgique environ 400 associations de patients. Pour mieux faire entendre leur voix, deux plateformes d'associations de patients ont vu le jour il y a une dizaine d'années déjà : la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS) du côté francophone et son pendant néerlandophone, la Vlaams Patiëntenplatform (VPP). La création de ces plateformes a permis aux associations de patients d'être plus facilement reconnues comme interlocuteurs par les pouvoirs publics. Toutes deux perçoivent une subvention fédérale (de l'INAMI et du SPF Santé publique), en plus d'aides régionales. Ces deux plateformes collaborent étroitement pour toutes les matières fédérales et siègent dans divers organes où elles font entendre la voix des patients : Commission fédérale Droits du patient, Agence fédérale des Médicaments et des Produits de santé, Conseil supérieur de Promotion de la Santé, Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid.

> **Les associations de patients assurent une précieuse fonction d'information, d'entraide et de pont entre les patients et le monde de la santé**

Leviers pour une meilleure participation

Un rapport de la Fondation Roi Baudouin propose aux associations un aperçu de pistes d'inspiration et de leviers pour les aider à concrétiser leur participation notamment en structurant mieux leur action. Il souligne aussi l'urgence de développer une vision d'avenir et une approche cohérente. Cela ne pourra se faire que par un dialogue avec tous les acteurs concernés : pouvoirs publics, mutualités, associations de patients, représentants des professionnels de la santé, établissements de soins, partenaires sociaux.

Mieux structurer

En dépit des développements intervenus dans le paysage des associations de patients et des

diverses initiatives publiques, la participation des associations de patients en Belgique reste une réalité peu transparente et mal structurée. Le contraste est frappant avec la situation dans la plupart des pays environnants, qui peuvent, eux, s'appuyer sur un cadre juridique clair.
En effet, dans un certain nombre de pays voisins dont la France, le Royaume-Uni, l'Allemagne et les Pays-Bas, on est convaincu que la participation du patient se traduit par une meilleure qualité et une plus grande efficacité des soins. En témoignent de nombreuses initiatives politiques qui délimitent le cadre juridique dans lequel ont été définies les tâches et les compétences qui incombent aux patients et à leurs organisations représentatives. La participation peut prendre différentes formes, depuis l'information jusqu'à la codécision en passant par la consultation, le conseil ou l'évaluation.
En Belgique, les patients ou les usagers peuvent aussi exercer une influence sur la politique au travers de ces diverses formes de participation. Mais les pratiques d'évaluation et de cogestion restent davantage l'exception que la règle, avec pour conséquence que les associations de patients continuent pour l'instant à graviter surtout dans la périphérie du processus décisionnel.

Dans l'état actuel des choses et malgré des moyens limités, les associations de patients assurent une précieuse fonction d'information, d'entraide et de pont entre les patients et le monde de la santé.

Pascale Janssens
pascale.janssens@mloz.be
avec la collaboration
de la Fondation Roi Baudouin

Le dossier "Leviers pour une meilleure participation des patients" (Fondation Roi Baudouin) **est disponible gratuitement sur www.kbs-frb.be**

Un "Guide des bonnes pratiques" pour les soignants

Les associations Similes Wallonie et Similes Vlaanderen ont élaboré ensemble un guide bilingue à l'intention des professionnels de la santé mentale. Les deux associations sont convaincues de la nécessité de considérer la famille comme partenaire de soins, ceci afin d'améliorer la prise en charge globale du patient souffrant de maladie mentale et le bien-être de sa famille. En effet, la famille, comme source essentielle d'informations, est incontournable pour la bonne qualité des soins. Lorsqu'ils sont consultés, le bien-être des proches s'améliore et donc celui du patient également.

Pour rédiger ce guide, les associations ont tenu compte à la fois de l'expérience et de l'avis :
- des familles sur la manière dont se passe la collaboration avec les soignants ;
- des patients sur la participation de leurs proches à leur prise en charge ;
- des soignants par rapport à leurs expériences de terrain avec les familles.

Les soignants se posent de nombreuses questions sur ce qu'implique l'accompagnement de familles : comment et jusqu'où collaborer avec les proches ? Quels sont les obstacles et les difficultés à surmonter ? A quels outils peut-on faire appel ? Ce guide constitue un outil précieux pour les soignants.

www.similes.org

Les patients font leur promotion sur le terrain

Soutenue par la Fondation Roi Baudouin, la LUSS a mis sur pied les "Journées des associations de patients au sein des établissements de soins" pour faire connaître ses membres auprès des professionnels de santé afin de créer voire d'améliorer la collaboration entre le corps médical et les associations de patients.

Les établissements de soins étant le lieu idéal, la LUSS a décidé de contacter les hôpitaux afin de leur proposer d'être partenaires des Journées des associations de patients. Les hôpitaux sont de plus en plus réceptifs aux invitations de la LUSS, ce qui reflète une évolution des mentalités et une meilleure connaissance du secteur associatif. Le but final étant de favoriser la participation à long terme des associations de patients au sein des établissements de soins, en encourageant la mise en place de collaborations durables entre une association, l'institution et les professionnels.

Pour plus d'info et le calendrier des journées, contactez la LUSS au 081 74 44 28 ou via luss@luss.be - www.luss.be

La reconnaissance des maladies professionnelles : un système désuet ?

La question a récemment fait couler beaucoup d'encre. D'après les conclusions du rapport de l'Institut syndical européen, le système de reconnaissance des maladies professionnelles reflète de moins en moins bien l'évolution réelle des conditions de travail en ne reconnaissant pas des maladies comme le burn out par exemple. Une résolution déposée à la Chambre par Ecolo-Groen encourage d'ailleurs le gouvernement à revoir ce système.

Le Fonds des maladies professionnelles est une institution publique en charge de la prévention et de l'indemnisation des dommages dus à une maladie professionnelle. "Lorsqu'on a créé le Fonds des Maladies Professionnelles, la Belgique était encore dotée d'une industrie, précise Joeri Luts, Directeur du service détermination des risques et prévention du Fonds des Maladies Professionnelles (FMP). A l'époque, les travailleurs encouraient des risques très clairs tels que l'exposition au plomb, la silicose pour les mineurs, des arthroses du dos liées aux vibrations pour les conducteurs d'engin mécanique". Aujourd'hui, certains de ces emplois ont presque disparu, mais étant donné leur temps de latence, les maladies continuent encore à faire l'objet de nouvelles reconnaissances de maladie professionnelle. Et les maladies actuelles telles que le burn out, les troubles musculo-squelettiques, les tendinites,... sont-elles prises en considération dans le système de reconnaissance des maladies professionnelles ?

> "Dans les faits, très peu de maladies sont reconnues dans le cadre du système "ouvert" et quasi aucun cancer"

Deux systèmes

Actuellement, il existe deux systèmes de reconnaissance d'une maladie professionnelle : le système "liste" et le système "ouvert". Dans le premier système sont listées environ 140 affections et risques reconnus par le

Une place à part dans notre système de santé

L'avis des Mutualités Libres

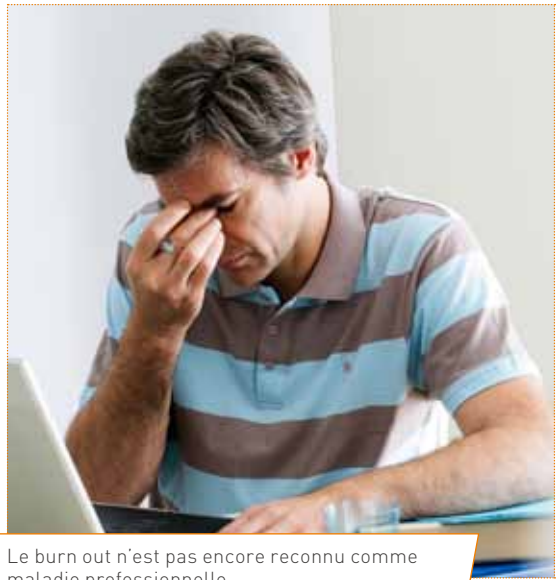
Institution publique de sécurité sociale, le Fonds des Maladies professionnelles (FMP) a un champ d'application très large, couvrant aussi bien le secteur privé (sauf les indépendants, les militaires et certains statuts spéciaux) que quelques catégories du secteur public. L'effet bénéfique de ses missions sur la santé générale de la population est donc évident.

Un exemple parlant de cette évolution a été l'amiante. Cette matière, d'origine rocheuse, était largement utilisée dans l'industrie pour sa capacité isolante et d'autres propriétés techniques. Il n'a pas été évident de faire le lien entre la maladie pulmonaire grave consécutive à l'exposition à l'amiante pour la simple raison qu'il y avait parfois un délai d'environ 20 ans entre l'exposition aux fibres et le début de l'affection médicale.

Depuis la création de l'AFA (Asbest Fonds Amiante) en 2007 au sein du FMP, l'AFA a déjà indemnisé plus de 1500 personnes, ceci malgré une interdiction de l'utilisation de l'amiante (en 2001 en Belgique).

Le FMP intervient aussi dans le prix des vaccins lors de l'écartement, temporaire ou définitif, du risque de maladie professionnelle : par exemple, le vaccin contre l'hépatite A est administré au personnel en contact avec les eaux usées tandis que celui de l'hépatite B l'est au personnel soignant de maladies tropicales ou pour le personnel envoyé dans les pays où il y a un risque d'exposition.

Bien que les interventions du Fonds soient nombreuses, il ne faut pas oublier qu'il n'intervient que pour des maladies professionnelles, où le lien entre le travail et l'affection médicale est établi. A titre d'exemple, toutes les dorsalgies ne sont pas nécessairement d'origine professionnelle. N'oublions pas non plus qu'établir ce lien de cause à effet peut parfois demander des années d'études ! Le FMP est une institution qui vient souvent compléter d'autres indemnités comme celles de l'Assurance Maladie-Invalidité et a sa place dans notre société. Une bonne collaboration entres les deux institutions, voire une rationalisation de leurs actions pourrait aussi être envisagée.



Le burn out n'est pas encore reconnu comme maladie professionnelle

Fonds des maladies professionnelles. Il s'agit notamment des substances chimiques (ammoniaque, cobalt,...), des inhalations de poussière (silicose, amiante, aluminium, etc.) ou des maladies infectieuses et parasitaires, etc. Avec le système "ouvert", il est nécessaire de faire la preuve de la maladie, d'une exposition nocive dans le cadre du travail et du lien direct entre les deux. Dans les faits, très peu de maladies sont reconnues dans le cadre du système ouvert et quasi aucun cancer. En 2010, on comptait 872 reconnaissances de maladies professionnelles dans le système ouvert contre 54.271 dans le système liste... C'est notamment pour cette raison que les tendinopathies sont sur le point de faire leur entrée dans le système "liste". Fin 2012, selon le FMP.

Un processus lent

L'inclusion de nouvelles maladies professionnelles dans la liste est en effet un processus lent. Pour reprendre l'exemple des tendinopathies, leur ajout sur la liste se fait attendre depuis plus de deux ans et demi, faute de gouvernement. A l'heure actuelle, seules les tendinites des artistes de spectacle sont reconnues. Autant dire, très peu... Néanmoins, même si elles ne sont pas encore officiellement inscrites sur la liste, elles font déjà l'objet d'une reconnaissance "système liste" et depuis lors, le nombre de dossier accepté est multiplié par cinq.

En outre, contrairement aux maladies plus anciennes telles que la silicose ou le mésothéliome, les maladies actuelles ne sont plus unicausales, elles sont multifactorielles. "Il n'est pas exclu que le burn out fasse un jour partie de la liste des maladies professionnelles reconnues par le FMP. Nous sommes en train d'évaluer les possibilités. Mais cela demandera du temps et de l'expérience pour prouver l'existence d'un lien évident entre le travail stressant et le burn out et pour définir des critères objectifs".

La prévention

La lenteur du processus d'inclusion de nouvelles maladies professionnelles et la disparition progressive des anciennes affections peuvent-elles expliquer la chute du nombre de nouvelles maladies professionnelles reconnues ces dernières années ? Oui, d'après Joeri Luts, mais pas uniquement. "L'arrêt de la reconnaissance de l'arthrose comme maladie professionnelle a provoqué une diminution significative. Dorénavant, le FMP reconnaît uniquement le syndrome radiculaire lié aux vibrations et au port de charge. Il faut avouer que les critères sont relativement sévères. A côté de cela, on ne peut pas nier que les conditions de travail actuelles sont plus favorables qu'il y a 30 ans. Les services externes de conseiller en prévention sont beaucoup plus présents dans les entreprises qu'auparavant. En outre, les générations d'aujourd'hui sont plus conscientes des risques et plus attentives à leur intégrité physique, ce qui est globalement positif pour la santé et qui représente aussi une forme de prévention".

Nathalie Renna
nathalie.renna@mloz.be

Le rapport de l'Institut syndical européen est disponible sur le site **www.etui.org**

Programme de prévention des maux de dos

La prévention fait également partie des missions du Fonds des maladies professionnelles. Dans ce cadre, il organise un programme de prévention des douleurs lombaires. Ce programme s'adresse à toute personne salariée qui effectue un travail contraignant pour le dos et est en arrêt de travail depuis plus de 4 semaines et moins de 3 mois. "97 % des personnes qui participent au programme reprennent le travail dans les 3 mois", témoigne Anne Kirsch, administratrice générale adjointe au FMP. "L'objectif est également de permettre davantage de collaboration entre la médecine du travail, le médecin traitant, le médecin-conseil et les spécialistes afin d'offrir le meilleur traitement possible au patient".

www.fmp-fbz.fgov.be/prev/preventiondos

Césarienne

Accouchement par césarienne : toujours justifié au regard des coûts?

Depuis de nombreuses années, le taux d'accouchement par césarienne en augmentation fait l'objet d'analyses et de critiques. Une nouvelle étude menée par les Mutualités Libres sur les coûts hospitaliers de l'accouchement a mis en évidence que 19% des femmes ont accouché par césarienne en 2010. Ce taux est relativement constant depuis trois ans mais reste supérieur aux recommandations de l'OMS.

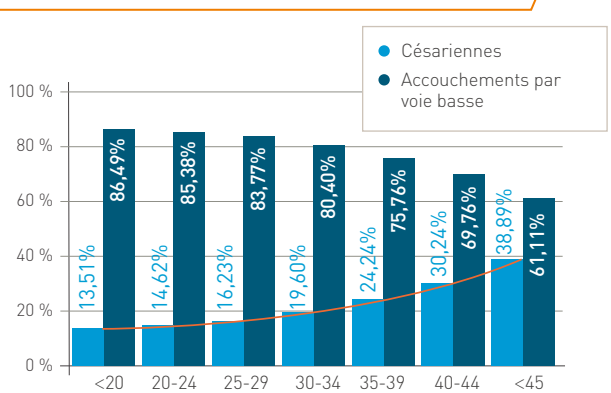
L'Organisation Mondiale de la Santé estime en effet qu'il y a un risque de santé global pour les femmes lorsque le taux de césariennes d'une population est supérieur à 10-15%. Notons que le nombre de césariennes pour 1000 naissances d'enfants vivants constitue un indicateur de performance du système de santé belge puisque ce chiffre reste bien en dessous de la moyenne européenne. Malgré tout, le taux croissant de césariennes a un impact sur les dépenses de l'assurance maladie invalidité (AMI) à l'hôpital ainsi que sur celles à assumer par les patientes elles-mêmes (ticket modérateur et suppléments).

Caractéristiques de l'hospitalisation

- Les jeunes mamans affiliées aux Mutualités Libres accouchent dans **98,8% des cas lors d'une hospitalisation classique**, dans 0,7% à domicile et 0,5% en hospitalisation de jour. La raison en est que l'hôpital et sa technologie ainsi que la disponibilité des prestataires pour parer à tout problème lors de l'accouchement restent un gage de sécurité pour les parturientes. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur la très grande différence avec le taux d'accouchement à domicile de nos voisins néerlandais (30%).
- De manière frappante, on constate que le taux de césariennes augmente, en moyenne, de presque 5% par année d'âge de la femme.
- La littérature mentionne que des taux élevés de césarienne sont à lier avec **l'augmentation de l'âge moyen** de la 1ère grossesse , de l'âge des femmes enceintes ainsi que du recours aux programmes de procréation médicale assistée (PMA). Notre analyse ne permet pas de confirmer ces résultats. Nous ne voulons pas juger les décisions des prestataires quant au choix du type d'accouchement. Cependant, on observe dans les études américaines que la douleur ressentie lors d'un premier accouchement par voie basse constitue une indication de césarienne pour le second accouchement.
- Nos données confirment ce que la cellule technique de l'INAMI (banque de données relatives à l'utilisation des moyens médicaux dans les hôpitaux) renseigne : **la durée de séjour pour une césarienne est comprise entre 6 et 7 jours facturés**, indépendamment du type de chambre ou du statut social (bénéficiaire de l'intervention majorée ou non) de la patiente, tandis qu'**elle est de 4,6 jours en moyenne pour un accouchement par voie basse**.

Figure 1

Comparaison en fonction de l'âge des taux de césariennes et d'accouchement par voie basse

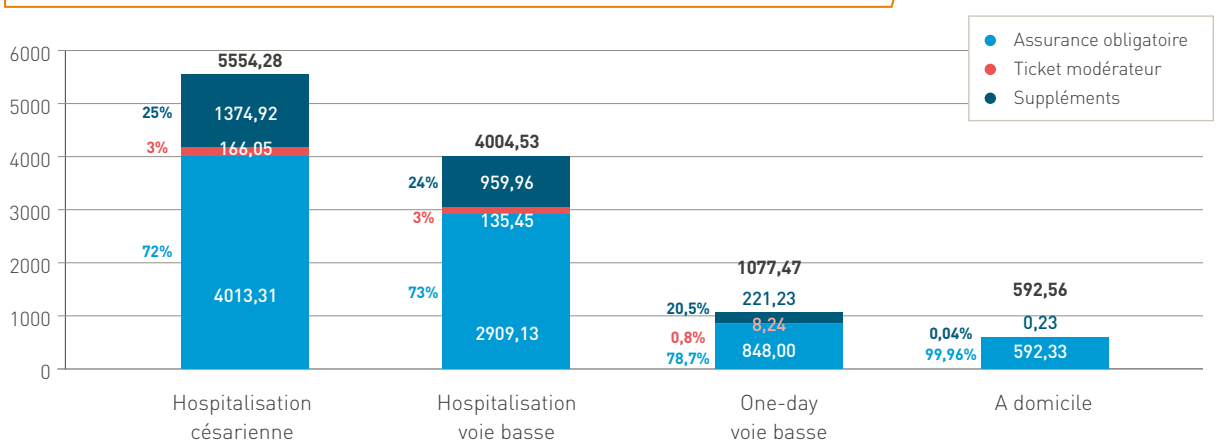


Coûts hospitaliers pour l'accouchement

- La **différence du coût moyen total des césariennes** (5554,28€) par rapport à l'accouchement par voie basse en hospitalisation classique (4004,53€) est de 38% ce qui s'explique par une durée de séjour plus longue et des honoraires médicaux plus élevés. Ces deux postes représentent respectivement 60% et 25% des dépenses de l'assurance obligatoire (AO).
- L'importance de **la contribution des patientes** aux dépenses pour accoucher est très marquante : environ **28% du montant total des dépenses** lorsque l'accouchement se fait à l'hôpital, quelle que soit la technique. Cela reste encore élevé. Les suppléments en honoraires pour une césarienne ou pour un accouchement par voie basse représentent respectivement 62% et 72% des suppléments pour la patiente. A noter que les suppléments totaux varient fortement d'un hôpital à l'autre et peuvent aller de 0€ à 9558€.

Figure 2

Coûts moyens d'une intervention par type d'accouchement par type d'hospitalisation (en €)

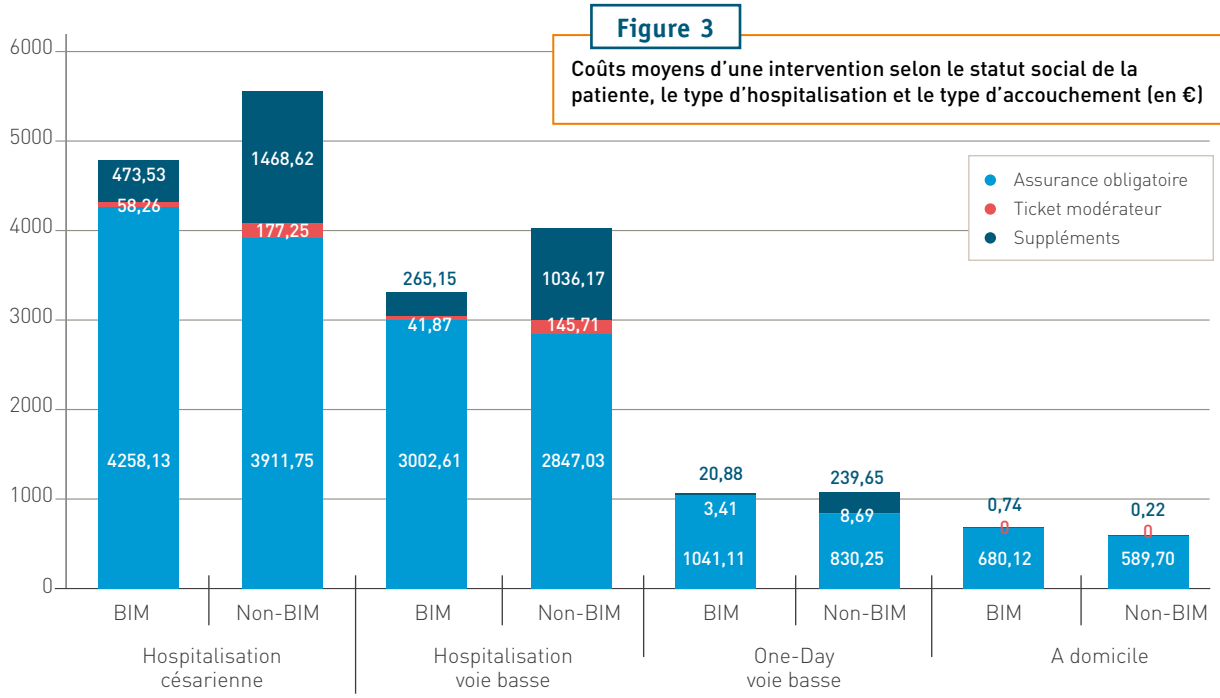


Coûts selon le statut socio-économique

Le remboursement de la mutualité est systématiquement supérieur pour les patientes BIM par rapport aux non BIM ce qui n'est pas étonnant. Pour les tickets modérateurs et les suppléments aussi, les patientes non BIM payent en moyenne un montant supérieur aux patientes BIM et ce, d'autant plus s'il s'agit d'une césarienne par rapport à un accouchement par voie basse.

Figure 3

Coûts moyens d'une intervention selon le statut social de la patiente, le type d'hospitalisation et le type d'accouchement (en €)



Coûts selon le type de chambre

Nous n'avons pas constaté de différences statistiquement significatives entre les moyennes des dépenses de l'AO entre les BIM et les non-BIM selon le type de chambre. Par contre, pour les tickets modérateurs et les suppléments, les patients non-BIM paient statistiquement (beaucoup) plus que les patients BIM, et les patientes installées dans une chambre particulière paient plus de suppléments que celles installées dans une chambre à deux lits ou commune. Ces suppléments sont essentiellement dus aux suppléments des frais de séjours et d'honoraires médicaux sur les prestations de chirurgie et d'anesthésie.

Synthèse

Nous avons constaté que le type d'accouchement, la durée de séjour, le type d'hôpital et la situation socio-économique de l'accouchée sont des facteurs qui influencent les dépenses remboursées. Deux observations sont confirmées par notre étude sur les coûts hospitaliers pour l'accouchement :

- **Le taux très élevé de césariennes**, qui n'est pas sans danger pour la santé des jeunes mamans (3 fois plus de risques de complications post-partum) mais qui permet parfois de sauver la mère et/ou son/ses bébé(s). Nous défendons la promotion de recommandations scientifiques en la matière. Selon des recommandations récentes de la Haute Autorité de santé (France), en cas de césarienne programmée après 37 semaines d'aménorrhée (environ 50% des cas), certaines indications devraient faire l'objet d'une remise en question tandis que d'autres indications, pratiquées en urgence ou programmées avant terme, doivent être maintenues sans contestation. Nous ne disposons pas de données nous permettant d'estimer les indications de césarienne et nous ne jugeons donc pas ce taux élevé mais nous informons.
- **Le taux d'accouchements hors hôpital (0,7%) est faible,** contrairement aux Pays-Bas où le système d'organisation des soins de santé prône l'accouchement en dehors de l'institution hospitalière, sur le principe que la grossesse n'est pas une maladie. Cela peut sembler être un retour en arrière mais certains pays souhaitent réfléchir à la réhabilitation de cette pratique afin de non seulement valoriser les compétences des sages-femmes mais également de pouvoir contrôler les dépenses dans ce domaine. Ces accouchements se feraient dans des maisons d'accouchements, proches mais en dehors de l'hôpital afin de démédicaliser cet acte sans faire courir de risques à la mère et à l'enfant. En Belgique, on ne compte actuellement que 7 maisons d'accouchement. L'acte d'accouchement non hospitalier est bien sûr réservé à des indications précises.

Adil Lamarti et **Chantal Neirynck**
Service Etudes des Mutualités Libres

Favoriser l'accouchement en ambulatoire ?

L'avis des Mutualités Libres

- Le nombre de césariennes est-il trop élevé? Pour les Mutualités Libres, il s'agit d'une question médicale qui implique des choix médicaux responsables, une médecine prudente, exempte de risques et défensive, et l'organisation optimale de l'accouchement tant pour la maman que pour le médecin.
- Les Mutualités Libres souhaitent principalement souligner l'importance d'informer les patientes d'une manière exhaustive sur les conséquences possibles, les avantages et inconvénients d'une césarienne. Les médecins doivent s'en tenir aux directives de bonne pratique en la matière. Le Centre d'expertise sur les soins de santé (KCE) a également déjà formulé des directives à ce sujet.
- Des raisons financières peuvent-elles justifier de recommander l'accouchement en milieu ambulatoire ? Certainement, sans oublier d'autres avantages de nature pratique et émotionnelle. Nous pensons par exemple aux Pays-Bas où l'accueil de la mère et de l'enfant dans leur milieu familier est mieux organisé. Les femmes néerlandaises n'accouchent pas à domicile, mais dans des maisons d'accouchement.
- Notre environnement hospitalier se porte garant de la sécurité médicale et du confort. En garantissant la même sécurité sanitaire qu'en hôpital, on pourrait recommander l'accouchement en milieu extra- hospitalier, si les conditions médicales de la mère et du bébé le permettent. L'une des recommandations du KCE est en outre qu'il vaut mieux que la femme soit soutenue par une personne de son choix. De plus en plus de femmes se font suivre par une sage-femme durant la grossesse. Les hôpitaux n'autorisent toutefois pas toujours la présence de ces sages-femmes indépendantes lors de l'accouchement. Même si la présence de celles-ci n'est pas autorisée en hôpital, elles peuvent pratiquer l'accouchement en structure extra-hospitalière.
- Les sages-femmes sont de mieux en mieux formées et la nomenclature est intéressante pour la patiente. Une femme qui consulte une sage-femme conventionnée ne paye en effet pas de quote-part personnelle. Les Mutualités Libres espèrent que les sages-femmes se spécialiseront de plus en plus en techniques de réanimation, entre autres, pour augmenter la sécurité du bébé. L'organisation de soins à domicile doit également pouvoir suivre cette évolution.

2.027.491

personnes sont affiliées à l'une des 7 Mutualités Libres
(février 2012)

Nouveau !

Week-end de détente pour les patients atteints de sclérose en plaques et leur famille

Un moment de ressourcement dans un environnement serein, tel est le concept du week-end de détente dans les Ardennes. Vu le succès rencontré par le précédent séjour, une nouvelle édition est prévue au mois d'août.

Organisé par les Mutualités Libres en collaboration avec la Ligue Belge contre la Sclérose en plaques, le week-end s'adresse aux patients atteints de sclérose en plaques autonomes ou relativement autonomes (avec peu ou pas de symptômes visibles). Les conjoints, aidants proches et enfants des participants sont les bienvenus afin de profiter en famille de ce moment de ressourcement.

Au programme des adultes

- Relaxation et pensée positive : astuces à appliquer au quotidien.
- Bouger en musique via un atelier basé sur l'expression corporelle et la "pleine" conscience.
- Echange d'expériences avec l'accompagnement d'un psychologue (sans les conjoints).
- Promenades en groupe dans la région.

Des animateurs s'occuperont des enfants afin qu'ils puissent aussi profiter d'activités collectives !

Infos pratiques :
Dates : du vendredi 10 août au dimanche 12 août 2012.
Lieu : Au Floréal, La Roche-en-Ardenne, Avenue de Villez 6, 6980 La Roche.
Info et inscriptions via téléphone au **02 778 93 43** ou par mail à **promotionsante@mloz.be** avant le 9 juillet 2012.

Attention, le nombre de participants est limité à 20 (familles non comprises).

Nouvelles études

34 % des prostatectomies totales sont réalisées avec l'assistance du robot

On estime que 10.000 interventions sur la prostate sont réalisées chaque année. Ce nombre est en constante progression du fait du vieillissement de la population et de l'amélioration du dépistage. 34 % des prostatectomies totales sont réalisées avec l'assistance du robot.

Les prostatectomies avec assistance par robot sont réservées à des centres agréés. En 2010, 18 centres étaient agréés pour cette technique. Le coût pour la mutualité d'un séjour hospitalier pour une prostatectomie totale par robot revient à 6.983€ soit 20 % de plus qu'une prostatectomie totale traditionnelle, qui revient à 5.801 €, en moyenne.

"Le coût de la chirurgie de la prostate en Belgique en 2010"

La chirurgie de l'obésité ne peut pas être une solution miracle !

La chirurgie bariatrique, comme l'ensemble des chirurgies, n'est jamais anodine. Certains critères ont été mis en place pour éviter les recours à cette chirurgie sans réelle nécessité mais aussi pour permettre d'identifier clairement parmi les prestations de chirurgie abdominale, celles qui sont de type bariatrique. L'efficacité de la chirurgie bariatrique n'est pas contestée : les effets sur la perte de poids et l'atténuation des comorbidités à long terme (10 ans) du patient ont été mis en évidence dans plusieurs études. Mais les coûts sont fort variables selon la technique utilisée.

"Les coûts hospitaliers de la chirurgie bariatrique en Belgique en 2010"

Ces deux études sont consultables sur le site **www.mloz.be**

Focus Jeux Olympiques

Le médecin sportif, une boussole pour atteindre Londres !

Marc Vangrins

Les Jeux Olympiques de Londres, l'étape ultime pour le sportif de haut niveau, approchent et avec eux, une alternance de pics d'endorphine et d'épreuves émotionnelles et physiques. Pour prévenir les blessures redoutées, nos athlètes peuvent heureusement compter sur un encadrement médical optimal. Entretien avec le Dr Marc Vangrinsven, responsable du suivi médical des champions belges.

Le COIB (Comité Olympique et Interfédéral Belge) propose un encadrement médical aux sportifs de haut niveau. En quoi consiste-t-il exactement ?

Dr Marc Vangrinsven - Depuis 2000, l'encadrement médical a connu une réelle métamorphose. Auparavant, l'accent était mis sur le suivi pur et simple des tests en laboratoire, mais aujourd'hui, l'encadrement de l'entourage même de l'athlète est devenu une priorité. Il y a plus de compétitions olympiques multidisciplinaires qu'avant, on en dénombre 24 pour être tout à fait précis : Jeux d'hiver et d'été, Jeux Olympiques de la Jeunesse, Jeux mondiaux et stages de préparation correspondants. Notre rôle consiste principalement à encadrer ces stages et compétitions.

Ne marchez-vous pas sur les platebandes de l'entourage médical habituel de l'athlète ?

M.V. - Tous les médecins sportifs ne peuvent évidemment pas accompagner les athlètes lors des stages et compétitions. Il est donc important de bien s'entendre avec eux. Dans la mesure où nous n'encadrons pas nous-mêmes les sportifs, nous prenons le temps de faire connaissance avec le groupe d'une centaine d'athlètes avant qu'ils ne commencent les stages ou compétitions. Durant un entretien d'environ une demi-heure, nous vérifions qu'il n'y a pas de contre-indications en raison d'une prise de médicaments et surtout si aucun produit dopant n'est consommé.

Les sportifs amateurs sont-ils plus susceptibles de se blesser que les athlètes olympiques qui vont bientôt se rassembler à Londres ?

M.V. – Les sportifs de haut niveau sont très bien préparés, contrairement à la plupart des sportifs amateurs. Ils sont par ailleurs suivis par des entraîneurs particulièrement compétents. Les sportifs amateurs sont principalement confrontés à des blessures dues à une surcharge, un entraînement

trop intensif durant une période trop courte… C'est un phénomène récurrent à l'approche des 20 km de Bruxelles ou d'un marathon. Le nombre le plus élevé de blessures revient aux disciplines olympiques judo et hockey.

Existe-t-il certains critères d'encadrement (para-)médical durant les entraînements, les camps d'entraînement et les compétitions ?

M.V. - Nous essayons d'assurer la présence d'un médecin et d'un kinésithérapeute. Vous devez savoir que nous ne pouvons pas réaliser des actes médicaux comme ça à l'étranger. Pour les Jeux Olympiques d'été de Londres, nous avons dû suivre une procédure de demande pour l'administration médicale locale. L'intervention médicale doit se limiter aux athlètes.

"Le sport sans dopage" est l'adage du Dr Jacques Rogge, Président du Comité International Olympique (CIO). En Belgique, 4 agences sont actives par région et tentent d'implémenter le logiciel "ADAMS". De quoi s'agit-il ?

M.V. - Adams est un logiciel informatique qui doit permettre aux athlètes d'introduire leurs informations (de localisation) en matière d'entraînement. Dans le cadre de la lutte contre le dopage, des contrôles inopinés sont réalisés et les athlètes doivent compléter les informations sur leur présence à tel ou tel endroit. Ces informations sont ensuite transmises au Comité International Olympique (CIO). Le problème est que les athlètes néerlandophones sont obligés de compléter leurs localisations, alors que ce n'est pas encore le cas des francophones. Toutefois, tous les athlètes belges sélectionnés pour les Jeux Olympiques de Londres sont obligés de remplir ces formalités.

La délégation belge à Londres sera plus importante qu'aux derniers JO. Combien de médecins et de paramédicaux assureront l'encadrement médical et quelle infrastructure sera disponible au village olympique ?

M.V. - En comparaison avec Pékin, la Belgique comptera en effet davantage d'athlètes. La présence unique d'une équipe de hockey masculine et d'une équipe féminine n'y est bien évidemment pas pour rien. Une équipe de 3 à 4 docteurs sera présente, en fonction du nombre d'accréditations octroyées. Environ une dizaine de kinésithérapeutes complètent l'équipe d'encadrement belge. Le niveau de l'infrastructure médicale sera, tout comme à Atlanta, Sydney ou Pékin, excellent. Le village olympique londonien comporte une polyclinique quasi complète, équipée de scanners, de services ophtalmologiques, d'une pratique dentaire, etc. Les athlètes pourront faire appel à cette infrastructure médicale la plus sophistiquée 24 h/24.

Enfin, avez-vous un conseil pour profiter de ces Jeux Olympiques ?

M.V. - Londres est ma 8e participation et je peux vous l'assurer : c'est toujours un merveilleux événement, même si je le vis essentiellement depuis les coulisses. Savourez pleinement ce combat de titans ! Pas seulement à la télévision, mais également via les moyens de communication modernes actuels, comme les appareils mobiles et le streaming via ordinateur.

Interview par Piet Van Eenooghe
piet.vaneenooghe@mloz.be

Les Mutualités Libres sont partenaires du COIB
www.olympic.be

Mutualités Libres
OFFICIAL PARTNER BELGIAN OLYMPIC TEAM

The road to London…
applaudissez votre athlète préféré !

Une sympathique action destinée à donner un coup de pouce à nos champions belges est actuellement visible sur le site du Comité Olympique et Interfédéral Belge.

Comment les supporter ? Surfez sur http://www.roadtolondon.be/fr/applaus, installez-vous derrière votre ordinateur équipé d'une webcam, suivez une séance d'entraînement avec l'inspirant maître des applaudissements et applaudissez votre athlète préféré ou votre équipe favorite. Chaque mois, il est possible de remporter un ticket duo pour les Jeux Olympiques de Londres. Partagez votre enthousiasme sur Facebook et Twitter. De nombreux Belges célèbres ont d'ailleurs déjà applaudi. Retroussez-vous les manches !

Kiosque

Livres

Une communication adaptée à chaque patient

C'est avec humour et tendresse que le Dr Tate, auteur de ce livre, prend soin de ses jeunes — et moins jeunes — confrères. Il explore avec eux le labyrinthe des consultations en les initiant pas à pas aux subtilités de la relation médecin-patient.

De la consultation inaugurale aux ultimes rencontres, il décortique les comportements, les appréhensions, les réussites et les échecs du praticien, débutant ou expérimenté… autant de situations qu'il a vécues au cours de sa longue carrière. Il explique les peurs, les idées et les attentes du malade.

Il croque des portraits drôles et incisifs, mais jamais méchants, de l'inquiet qui veut tout contrôler de sa vie, du fataliste qui s'en remet aux médecins mais n'en fait qu'à sa tête, de l'émotif maladroit ou de l'agressif, tous confrontés aux enjeux souvent banals mais parfois angoissants de la maladie et de la mort. Le patient que l'on respecte, nous dit l'auteur, est capable d'assumer ce que l'on va lui dire, pour peu qu'on ait un mode de communication adapté. Le propos de Peter Tate est simple : "Aimez vos patients. Aimez et soyez fiers de votre métier."

"Soigner (aussi) sa communication", par Peter Tate aux Editions De Boeck.

Le mystère du placebo

L'illusion en médecine porte le joli nom de placebo. Elle soigne, guérit même parfois. Elle fait disparaître l'eczéma ou dormir le nourrisson insomniaque. Elle apaise l'anxiété ou soulage la douleur. Comment, sans action chimique, un tel pouvoir est-il possible ? Et pourquoi donc les médecins exploitent-ils si peu, ou avec tant de mauvaise conscience, ce phénomène ? Une enquête passionnante dans le monde de la maladie et des médicaments.

"Le mystère placebo", par Patrick Lemoine aux Editions Odile Jacob.

Site

Une source d'informations sur l'autisme

L'asbl **Infor Autisme** est née d'un constat : malgré le dévouement de quelques professionnels, il manque aujourd'hui encore, en Belgique francophone, des informations et des services adaptés aux besoins des personnes souffrant d'autisme et de leur famille.

L'association est constituée de parents et autres bénévoles et n'a aucune appartenance politique, religieuse ou philosophique. Ses objectifs sont l'information, l'aide et le soutien aux personnes atteintes d'autisme ou de troubles apparentés et à leur famille, ainsi qu'à toutes les personnes concernées. Voici une liste de leurs activités :

L'information

- L'autisme, son diagnostic, l'état actuel de la recherche au niveau scientifique, l'éducation et les différents types de prises en charge, les lieux pouvant offrir des informations sur l'autisme et sur le handicap mental.
- Les services spécifiques existant en Belgique francophone pouvant répondre aux différents besoins de prise en charge tout au long de la vie.
- Les manifestations, les congrès et conférences, les publications, les formations au sujet de l'autisme.

L'aide collective

- L'inventaire et la priorité des besoins et leur relais auprès des autorités politiques et des fournisseurs de services.
- La promotion de la création de services adaptés, à tous les stades de la vie.
- La promotion de la création de réseaux d'aide adressés aux familles, personnes atteintes d'autisme, professionnels, associations… afin de favoriser l'entraide et l'échange d'informations.

Le contact et le soutien individuel

- Le contact téléphonique ou les consultations.
- L'aide concrète aux personnes pour établir les contacts avec les services compétents et développer des solutions dans les situations d'urgence et à long terme.

www.inforautisme.com

par **Pascale Janssens** - pascale.janssens@mloz.be

Health Forum*,

Le magazine des professionnels de la santé

Vous voulez être au courant des derniers débats qui agitent le monde des soins de santé ?
Vous êtes friand de dossiers thématiques, d'études, de sujets inédits liés au monde des professionnels de soins ?

Abonnez-vous gratuitement ou abonnez vos collègues !

Ecrivez à health-forum@mloz.be

www.mloz.be

*Health Forum est une publication de l'Union Nationale des Mutualités Libres

Les Mutualités Libres regroupent :

omnimut mutualité libre de wallonie · euromut mutualité libre · securex human capital matters · PARTENA MUT · OZ · PARTENA onafhankelijk ziekenfonds · Freie Krankenkasse